

.....  
Nazwisko imię

Miejscowość, data

.....  
Adres (z kodem pocztowym i powiatem), telefon

.....  
Miejsce wykonywania zadań służby medycyny pracy  
(adres zakładu pracy, telefon)

## W N I O S E K

**o wpis do rejestru pielęgniarek posiadających dodatkowe kwalifikacje wymagane do wykonywania zadań służby medycyny pracy z wydaniem zaświadczenia o dokonaniu wpisu do rejestru pielęgniarek posiadających dodatkowe kwalifikacje wymagane do wykonywania zadań służby medycyny pracy.**

**Wymagane kwalifikacje posiadam z tytułu:**

\*ukończonego kursu kwalifikacyjnego

\*ukończonej specjalizacji w ochronie zdrowia pracujących

.....  
pieczęć i podpis

**W załączeniu kopie:**

- zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu
- zaświadczenie o ukończeniu kursu kwalifikacyjnego \*
- zaświadczenie o ukończeniu specjalizacji \*

Podstawa prawna : art. 9 ustawy o służbie medycyny pracy z dnia 27.06.1997 (tekst jednolity z 2004 Dz. U. Nr 125, poz. 1317 ze zm.). Dz. U. Nr.96 poz. 593,  
oraz Rozporządzenie M Z i O S z dnia 15.09.1997, (Dz. U. Nr 124 poz. 796).

\* Właściwe podkreślić